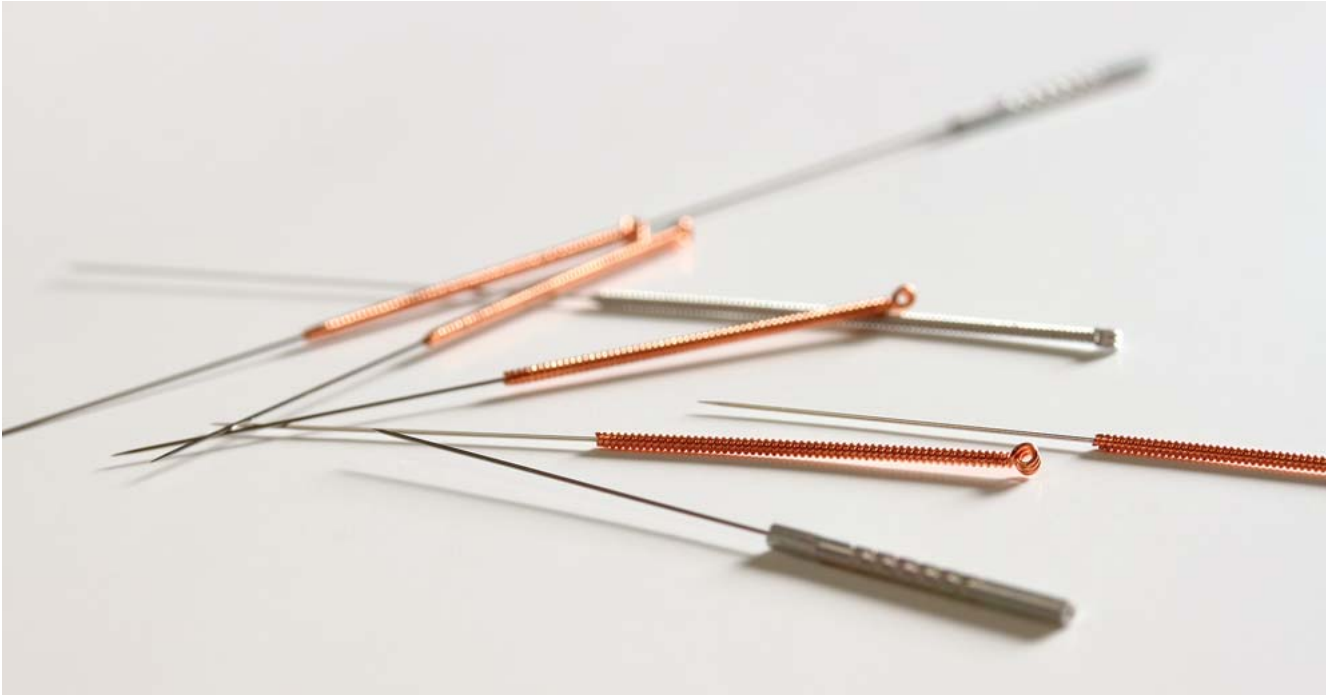


Akupunktur zur Behandlung kiefergelenksbedingter Lahmheit beim Pferd

Isabell Herold



Bei einer Hannoveraner Stute mit Lahmheitserscheinungen konnte mittels Akupunktur eine vollständige Remission erreicht werden.
Quelle: Thieme Gruppe

Haben Störungen im Kiefergelenk Einfluss auf den Bewegungsablauf des Pferdes? Und wenn ja, welchen? Vor dem Hintergrund der aktuellen Diskussion darum unterstreicht dieser Fall nicht nur eindrucksvoll, inwieweit Blockaden und Schmerzzustände in diesem Gelenk die Rittigkeit des Pferdes stören können, sondern zeigt zugleich eine effektive Behandlungsmethode auf.

Im letzten Jahrzehnt hat sich die Pferdemedizin um viele Bereiche erweitert und verfeinert. So wurden unter anderem osteopathische Zusammenhänge und Muskel-Reaktionsketten postuliert und praktisch etabliert. Mit der zeitgleichen Entwicklung der Zahnmedizin beim Pferd wurde zunehmend auf ein ausbalanciertes Gebiss Wert gelegt und beobachtet, dass sich die Rittigkeit nach einer fachgerechten Zahnbehandlung oft verbesserte. So rückte auch die Bedeutung des Kiefergelenks in den Fokus. Ob ein frei bewegliches Kiefergelenk Einfluss auf die Rittigkeit eines Pferdes hat, wird zurzeit kontrovers diskutiert. Folgender Fall stellt jedoch dar, dass ein blockiertes Kiefergelenk nicht nur die Rittigkeit, sondern sogar den gesamten Bewegungsablauf stören kann.

Anamnese

Die 11-jährige Hannoveraner Stute Bijou wurde mir wegen einer **Lahmheit** vorne rechts vorgestellt. Die Lahmheit trat schleichend drei Monate zuvor erstmalig auf. Der Bereiter gab an, dass zunächst Taktunreinheiten in Rechtsvolten auftraten, die dann tagelang wieder verschwunden waren. Im Laufe der Zeit steigerte sich aber sowohl die Häufigkeit als auch der Grad der Lahmheit. Von der Besitzerin wurde berichtet, die Stute verwerfe sich im Genick und drohe beim Versuch, sie gerade zu richten, mit Steigen. Insgesamt lasse sie nicht los und habe **keine Maultätigkeit** unter dem Reiter. Sie hätte vor einem Jahr noch Dressurprüfungen der Klasse M erfolg-

reich absolviert, verliere jetzt jedoch zunehmend an Durchlässigkeit.

Lahmheitsuntersuchungen

Zum Zeitpunkt der Untersuchung war das Pferd lahmfrei.

Eine diskrete **Taktstörung** ergab sich bei der engen Rechtswendung auf hartem Boden.

Die zunächst vorne rechts durchgeführte **Beugeprobe** fiel negativ aus. Daraufhin führte ich Beugeproben auch bei den drei anderen Gliedmaßen durch, jedoch ebenfalls **ohne besonderen Befund**.

Die **Hufe** wurden auf ihren Beschlag, vermehrte Wärme und mit der Hufzange untersucht. Auch das lieferte keinen Hinweis.

Begutachtung des Pferds unter dem Reiter:

- Die Stute lief festgehalten und schöpfte ihr Bewegungspotenzial nicht aus.
- Eine vorwärts-abwärts gerichtete Haltung war nicht zu erreichen und Anlehnung an das Gebiss wurde von der Stute vermieden.
- Bijou verharrte stets in etwas aufgerollter Aufrichtung.
- Der Rücken blieb fest, daher entwickelte sich kein Schwung.
- Die mangelnde Losgelassenheit zeigte sich in ständigem, unzufriedenem Schweifschlagen.
- Bei geraderichtenden Lektionen auf der rechten Hand, wie Schulterherein oder Traversalen, verwarf sich die Stute im Genick, erreichte keine notwendige Längsbiegung und versuchte, über die äußere, linke Schulter auszuweichen.
- Auf der linken Hand neigte das Pferd dazu, die Hinterhand nach innen zu holen. Diese Tendenz wurde vom Reiter mit dem rechten Zügel und dem linken Schenkel korrigiert. In der Traversale nach links war das (bei verwahrendem rechten Schenkel) nicht mehr zu korrigieren, und so lief die Hinterhand in dieser Seitwärtsbewegung durch mangelnde Geraderichtung der Vorhand voraus.
- Auf kleinen Zirkeln auf der rechten Hand wurde das Pferd vorne rechts lahm, in Volten verstärkte sich die Taktunreinheit bis zur deutlich geringgradigen Lahmheit der Klasse II/V.

Ich nahm **Leitungsanästhesien** an der rechten Vordergliedmaße vor, die jeweils wieder unter dem Reiter kontrolliert wurden. Nur in dieser Situation war das Problem so deutlich, dass bei einer Anästhesie eine Besserung überhaupt beurteilbar gewesen wäre. Es wurden eine tiefe und mittlere Palmarnervenästhesie sowie ein Ringblock vorgenommen. Alle diagnostischen Leitungsanästhesien fielen negativ aus und auch die angefertigten Röntgenbilder der rechten Vordergliedmaße zeigten keinen Befund.

Im Anschluss untersuchte ich Maulhöhle, Kiefergelenke und Rücken.

UNTERSUCHUNG DES KIEFERGELENKS

Zur Untersuchung des Kiefergelenks schiebt man einen Finger in die Lade und löst so eine Kaubewegung aus. Das Gelenk wird dabei in seiner Bewegung vom Daumen und Zeigefinger der anderen Hand gefühlt.

Das linke Kiefergelenk der Stute bewegte sich doppel-schlägig und knirschend. Eine Bewegung des Kopfes nach rechts war aus Atlas und Axis heraus nicht möglich. Die Stute wendete den Kopf aus dem 3. und 4. Halswirbel heraus. Der linke M. brachiocephalicus war auffallend fester als auf der rechten Seite. Der M. longissimus dorsi thoracis et lumborum war links fest und bei Palpation schmerzhaft. Das Iliosakralgelenk war rechtsseitig blockiert. Die provozierte Biegung des Rückens war auf die linke Seite leicht, auf die rechte Seite nur eingeschränkt möglich.

Akupunktur

Ich schloss eine Untersuchung zur Akupunktur an. Dabei überprüft man unter anderem pro Körperseite 46 Akupunkturpunkte auf **Palpationsdolenz**. Es werden **Alarm-** sowie **Zustimmungspunkte** auf dem inneren und äußeren **Blasenmeridian** getestet. Weiterhin umfasst die Untersuchung eine Reihe an traditionell chinesischen Akupunkturpunkten ohne Meridianzugehörigkeit: Einige dieser Punkte geben Hinweise auf Pathologien in bestimmten Gelenken.

Untersuchung

Zu letztgenannten Akupunkturpunkten gehört der Punkt **Xia Guan** (Magen 7) (► **Abb. 1**). Der Magenpunkt befindet sich rostral und ventral des Kiefergelenks, etwa einen Fingerbreit unterhalb des Arcus zygomaticus auf Höhe des kaudalen Augenwinkels. Er deutet schon allein durch seine räumliche Nähe auf Pathologien im Kiefergelenk hin.

Dieser Punkt eignet sich hervorragend für die von Christian Torp entwickelte Methode der „**Einnadeltherapie**“. Diese führt – völlig unabhängig vom Symptom – zu einem einzigen therapeutischen Punkt, der die Palpationsdolenzen aller diagnostischer Akupunkturpunkte auflöst.

Bei Bijou war der diagnostische Akupunkturpunkt Xia Guan auf der linken Seite hoch positiv, alle anderen Punkte ohne besonderen Befund. Der therapeutische Punkt ist in diesem Fall entweder **Kai Jin Zhui** (übersetzt: Öffner der Lumbalregion) (► **Abb. 2**) oder **Shangguan** (Gallenblase 3) (► **Abb. 3**).



► **Abb. 1** Lokalisation des Xia Guan (roter Punkt).
Quelle: Herold



► **Abb. 2** Lokalisation von Kai Jin Zhui (grüner Punkt).
Quelle: Herold

Behandlung

In diesem Fall entschied ich mich für den Punkt **Shang-guan**. Sofort nachdem die Nadel bei Bijou in den Akupunkturpunkt gesetzt wurde, war der diagnostische Punkt Xia Guan nicht mehr palpationsdolent. Die Nadel verblieb wenige Minuten im Punkt Shangguan und wurde dann gezogen. Bei der anschließenden Untersuchung des Kiefergelenks führte die Stute spontan weite Maulöffnungen mit starkem Seitenausschlag aus. Die anschließende normale Kaubewegung war nun fließend und ohne Doppelschlägigkeit. Die Untersuchung der diagnostischen Akupunkturpunkte wurde nun ohne Befund wiederholt. Als die Besitzerin die Pathologie des Kiefergelenkes erkannte, berichtete sie, dass sich die Symptome nach einer alljährlichen Zahnbehandlung kurzfristig gebessert hätten.

Verlaufskontrolle

Beim zweiten Besuch nach 14 Tagen erfolgte eine erneute Begutachtung unter demselben Reiter. Die Rittigkeit hatte sich erheblich verbessert. Eine vorwärts-abwärts gerichtete Haltung war möglich. Die Stute hatte eine verbesserte Geraderichtung und Längsbiegung. Eine weniger ausgeprägte, jedoch immer noch undeutlich geringgradige Lahmheit (Grad I/V) in engen Rechtswendungen war sichtbar.

Wieder untersuchte ich Kiefergelenk und Rücken. Beide Kiefergelenke waren dabei ohne besonderen Befund.



► **Abb. 3** Lokalisation von Shangguan (grüner Punkt).
Quelle: Herold



► **Abb. 4** Lokalisation von Dickdarm 16 (roter Punkt).
Quelle: Herold



► **Abb. 5** Lokalisation von Dickdarm 4 (grüner Punkt).
Quelle: Herold

Der Hypertonus des linken M. brachiocephalicus und des M. longissimus dorsi thoracis et lumborum war jedoch noch vorhanden. Bei der anschließenden Akupunkturuntersuchung war der Punkt **Dickdarm 16** auf der linken Seite positiv (► **Abb. 4**). Dieser liegt auf dem M. brachiocephalicus, wenige Fingerbreit kranial des M. subclavius.

Die Meinungen zu therapeutischen Punkten gehen in diesem Fall auseinander: Ich wählte den Punkt **Dickdarm 4 links**. Dieser Punkt ist auf dem palmaren Rand des medialen Griffelbeinköpfchens lokalisiert (► **Abb. 5**).

Nun wurde die Akupunkturuntersuchung wiederholt. Wie zu erwarten war, war nach dem Setzen der Nadel in Dickdarm 4 die Palpationsdolenz des Punktes Dickdarm 16 verschwunden. Allerdings wurden nun alle Punkte des inneren Blasenmeridians links positiv.

BLASENMERIDIAN

Dieser Verlauf ist ein diagnostisches Merkmal des Blasenmeridians selbst und wird mit dem Punkt Blase 40 (hinterer einflussreicher Punkt der Blase) behandelt. Dieser befindet sich in der Kniegelenksfalte zwischen dem M. biceps femoris und dem M. semitendinosus.

Beim dritten Besuch nach wiederum 14 Tagen war die Rittigkeit nochmals deutlich gebessert und die Takt unreinheit weder zu sehen noch vom Reiter zu spüren. Bei der Untersuchung waren Kiefergelenke, Halswirbelsäule und Rücken ohne Befund und die anfänglich noch vorhandene Blockade des Iliosakralgelenks nicht mehr vorhanden.

Kiefergelenk als Lahmheitsursache? – Diskussion

Die Pathogenese dieses Falls ist deshalb so interessant, da man sowohl aus der Sicht der Akupunktur als auch der muskulären Reaktionsketten den gleichen Weg geht und zum selben Ergebnis kommt.

Dislokation des Discus articularis im Kiefergelenk

Die knirschende, doppelschlägige Bewegung im linken Kiefergelenk ist Symptom eines nach **rostral dislozierten Diskus des Kiefergelenks**. Dieser C-förmige Meniskus sitzt bei geschlossenem Maul zwischen der Fossa mandibularis des Oberkiefers und dem Condylus mandibulae des Unterkiefers (► **Abb. 6**).

DISCUS ARTICULARIS IM BESCHWERDE-FREIEN KIEFERGELENK

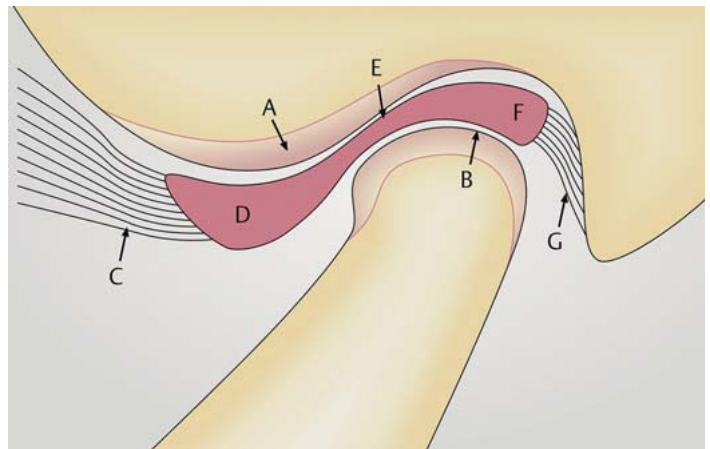
Bei der Kieferöffnung wird der Unterkiefer gesenkt, was eine rostrale Rotation des Condylus mandibulae zur Folge hat. Dabei zieht der M. pterygoideus lateralis den Diskus nur so weit mit nach vorn, dass er stets auf dem Condylus mandibulae verbleibt. Beim Schließen des Maules folgt ein kaudales Zurückgleiten des Condylus der Mandibula. Dabei ist der M. pterygoideus lateralis entspannt und erlaubt den elastischen Fasern des Ligamentum caudale, den Diskus nach kaudal zurückzuziehen, wobei dieser wiederum den Bewegungen des Condylus der Mandibula folgt.

Bei psychischem Stress, Malokklusion der Zähne oder Schmerzen im Einzugsbereich des N. trigeminus kommt es zu einer **Erhöhung des Muskeltonus** der Kaumuskulatur. Dazu gehört auch der M. pterygoideus lateralis, welcher in diesem Zustand kein Zurückgleiten des Diskus erlaubt und ihn in die Dislokation nach rostral zieht (► **Abb. 7**).

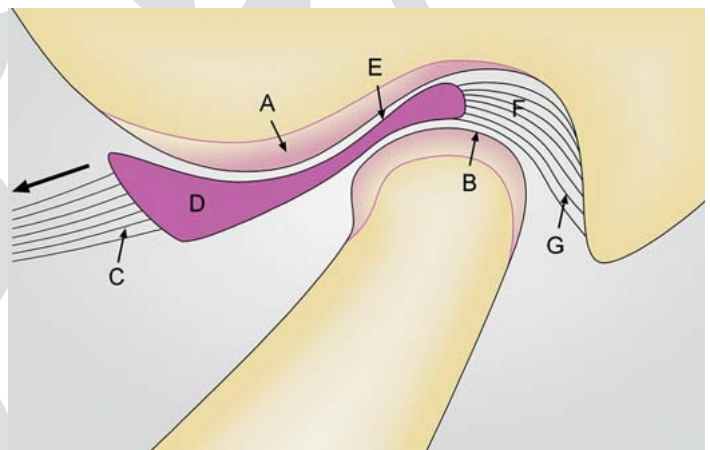
Dadurch wird die Bewegung des Kiefergelenks doppel-schlägig, knirschend oder knackend. Der Condylus der Mandibula rotiert bei der Maulöffnung auf dem Ligamentum caudale nach rostral, erreicht das kaudale Ende des Diskus, rutscht auf ihn hinauf (1. Knacken) und bewegt sich auf ihm weiter nach rostral. Beim Maulschluss wandert der Condylus entsprechend auf dem Diskus nach kaudal, rutscht von ihm herunter (2. Knacken) und bewegt sich dann auf dem Ligamentum caudale bis zu seiner Ruheposition in die Fossa mandibularis. In der Pressphase des Kauvorgangs wird der Condylus mandibulae auf das Ligamentum caudale gepresst, was nicht nur schmerzhaft ist, sondern auf die Dauer dieses Band auch schädigt.

Folgeerscheinungen

Durch diese Dislokation blockieren regelmäßig der erste und zweite Halswirbel. Dies geschieht durch muskuläre und neurogene Reaktionsketten, die in der weiterführenden Literatur am Ende dieses Artikels eingängig beschrieben sind.



► **Abb. 6** Discus articularis im Kiefergelenk. A: Tuberculum articulare mit rechts anschließender Fossa mandibularis; B: Condylus mandibulae; C: M. pterygoideus lateralis; D: Pars cranialis des Discus articularis; E: Pars gracilis des Discus articularis; F: Pars posterior des Discus articularis; G: Ligamentum caudale. Quelle: Schlemper; aus Simon T, Herold I, Schlemper H. Praxisleitfaden Zahn- und Kiefererkrankungen des Pferdes. Stuttgart: Parey; 2009: 2



► **Abb. 7** Dislozierter Diskus mit Kaudruck auf das Ligamentum caudale. A: Tuberculum articulare mit rechts anschließender Fossa mandibularis; B: Condylus mandibulae; C: M. pterygoideus lateralis; D: Pars cranialis des Discus articularis; E: Pars gracilis des Discus articularis; F: Pars posterior des Discus articularis; G: Ligamentum caudale. Quelle: Schlemper; aus Simon T, Herold I, Schlemper H. Praxisleitfaden Zahn- und Kiefererkrankungen des Pferdes. Stuttgart: Parey; 2009: 5

Der ipsilaterale M. brachiocephalicus (Dickdarmmeridian) erhöht reflektorisch seinen Tonus. Als Antagonist des M. brachiocephalicus reagiert der M. latissimus dorsi entsprechend mit Hypertonus. Da der M. latissimus dorsi einen Großteil der Sattellage stellt, reagiert die Stute entsprechend mit mangelhafter Losgelassenheit unter dem Reiter.

Merke

Die Funktion des M. brachiocephalicus ist das Vorführen der Vordergliedmaße, die Funktion seines Antagonisten, des M. latissimus dorsi, ist das Zurückziehen der Vordergliedmaße und die Extension des Rückens. Ist diese Muskulatur also verspannt und schmerzhaft, ist ein lockeres Vorführen der Gliedmaße nicht möglich, weil die Muskeln dabei schmerzhaft gedehnt werden. Aus dem gleichen Grund wird ein Aufwölben des Rückens vermieden.

Der M. latissimus dorsi entspringt der Fascia thoracolumbalis und hat damit direkten Einfluss auf den hier auch hypertonen M. longissimus dorsi (Blasenmeridian), der wiederum das Iliosakralgelenk in die Blockade zieht.

Wenn sich die Stute nach rechts biegen soll, kommt Zug auf das erkrankte und schmerzhaft linke Kiefergelenk. Im Laufe der Zeit blockieren auch der erste und zweite Halswirbel. Eine reelle Längsbiegung ist damit nicht mehr möglich, und so kommt es zu Rittigkeitsproblemen. Die Einschränkungen der Muskulatur, welche die Vordergliedmaße bewegt, führen zu Taktunreinheiten in Rechtswendungen. Das mit der Zeit zwangsläufig ebenfalls betroffene Iliosakralgelenk trägt seinen Teil dazu bei.

Die Lösung der Blockade des Kiefergelenks (Shangguan) führt zwar zur Besserung der Rittigkeit, ist aber in diesem Fall nicht in der Lage, alle Kompensationsmechanismen sofort aufzulösen. Erst nach der Behandlung des M. brachiocephalicus und seines Gegenspielers, des M. latissimus dorsi (Dickdarm 4) sowie nach der Behandlung des M. longissimus dorsi (Blase 40) verschwindet auch die Lahmheit.

Autorin

Isabell Herold

Dr. med. vet.; 1990–1996 Studium Veterinärmedizin in Budapest und Berlin; 2000 Gründung der Tierärztlichen Gemeinschaftspraxis für Pferde mit Dr. Tilman Simon in Warngau am Tegernsee; seit 2005 Spezialisierung auf Pferdeakupunktur; seit 2015 Zusatzbezeichnung Akupunktur; seit 2017 Fachärztin für Akupunktur und Neuraltherapie

Korrespondenzadresse

Dr. Isabell Herold

Tierärztliche Gemeinschaftspraxis Dr. Herold & Dr. Simon
Bürg 27
83627 Warngau
Herold.Simon@t-online.de
www.pferdedental.de

Literatur

- [1] Baker G. Equine Temporomandibular Joints (TMJ): Morphology, Function and Clinical Disease. AAEP Proceedings 2002; 48: 458–462
- [2] Boin SJ, Clayton HM, Lanovaz JL, Johnson TJ. Kinematics of the equine temporomandibular joint. Am J Vet Res 2006; 67(3): 423–428
- [3] Gerber A. Kiefergelenk und Zahnokklusion. Dtsch Zahnärztl Z 1971; 26(2): 114–119
- [4] Guray J-Y, van den Bosch E. Praxis der Pferdeakupunktur. Stuttgart: Sonntag; 2002
- [5] Haralampus R. Die häufigsten Lahmheiten und ihre Ursachen. 5. Pferde Symposium; 17.10.2015
- [6] Herold I. Das Kiefergelenk des Pferdes aus Sicht der Akupunktur. Proceed IGFP, Niedernhausen; 2018
- [7] Heydebrand L. Die Hohe Schule. Leipzig: Klemm; 1898
- [8] Kasper M, Zohmann A. Ganzheitliche Schmerztherapie für Hund und Katze. Stuttgart: Sonntag; 2007
- [9] Köneke C. Die interdisziplinäre Therapie der Craniomandibulären Dysfunktion. Berlin: Quintessenz; 2005
- [10] Naroshvili V. Wechselwirkungen und Anheftungsarten des Musculus pterygoideus lateralis bei der Entstehung von Diskus Dislokationen des Kiefergelenks [Dissertation]. Hamburg: Medizinische Universität Hamburg; 2006
- [11] Preuschhof H, Falaturi P, Lesch C. Grenzen der Einwirkungen des Reiters auf das Pferd. Tierärztl Umschau, Sonderdruck 1995; 50(8): 511–521
- [12] Rodriguez MJ, Augt A, Gil F, Latorre R. Anatomy of the equine temporomandibular joint: study by gross dissection, vascular injection and section. Equine Vet J 2006; 38 (2): 102–104
- [13] Ros K. Das kranio-mandibuläre Syndrom beim Pferd. In: Funktionsstörungen des Pferdegebisses. FFP Spezialheft, Jülich; 2018
- [14] Simon T, Herold I, Schlemper H. Praxisleitfaden Zahn- und Kiefererkrankungen des Pferdes. Stuttgart: Parey; 2009
- [15] Steinmetz M. Akupunktur beim Pferd. Stuttgart: Sonntag; 2014
- [16] Torp C. Einnadeltherapie – Grundlagen und Besonderheiten. Westensee; 2005

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-0919-6215>
Zeitschrift für Ganzheitliche Tiermedizin 2020; 34: 59–64
© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
ISSN 0939-7868